

ПРОБЛЕМИ ІНВАЛІДНОСТІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ. ЧАСТИНА I

ВЕРНИГОРОДСЬКИЙ В.С., д.м.н., доцент

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

ЯВОРОВЕНКО О.Б.

НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ ім. М.І. Пирогова

ФЕТИСОВА Н.М.

НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ ім. М.І. Пирогова

ВЕРНИГОРОДСЬКА М.В., к.м.н., с.н.с.

НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ ім. М.І. Пирогова

Резюме. У роботі проведений аналіз медико-експертної документації 746 хворих та інвалідів внаслідок післяопераційного гіпотиреозу та 414 хворих та інвалідів внаслідок ідіопатичного гіпотиреозу за 2005-2008 роки у Вінницькій області. Встановлено зростання показників первинної та набуті інвалідності внаслідок післяопераційного гіпотиреозу та зменшення первинної інвалідності внаслідок ідіопатичного гіпотиреозу.

Ключові слова: гіпотиреоз, інвалідність, реабілітація.

Вступ

У структурі ендокринних захворювань гіпотиреоз посідає одне з провідних місць, поширеність цієї патології перебуває в межах, за даними різних авторів, від 1,3 до 10,3 % [1–5].

При цьому показник поширеності цієї патології серед населення України з року в рік зростає і становить 170,4 на 100 тис. населення, порівняно з 2000 роком він збільшився на 8,1 %. Відповідно, спостерігається збільшення показника первинної інвалідності населення працездатного віку внаслідок гіпотиреозу.

Медико-соціальне значення гіпотиреозу визначається не тільки його великою поширеністю й тенденцією до подальшого збільшення числа хворих, але й тією шкодою, якої завдає гіпотиреоз суспільству як хронічне захворювання. Саме тому однією з найбільш актуальних проблем, спрямованих на оптимізацію допомоги населенню України, є реабілітація інвалідів. Про важливість та актуальність цієї проблеми свідчить прийняття Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» від 06.10.2005 р.

Метою дослідження було вивчення динаміки інвалідності внаслідок післяопераційного та ідіопатичного гіпотиреозу по Вінницькій області за 2005-2008 роки.

Матеріали і методи

Досліджувалася медико-експертна документація 746 хворих та інвалідів внаслідок післяопераційного гіпотиреозу (у тому числі 108 осіб, які були направлені на МСЕК уперше, та 638 осіб, які проходили черговий переогляд) та 414 хворих та інвалідів внаслідок ідіопатичного гіпотиреозу (у тому числі 55 осіб, які були направлені на МСЕК уперше, та 359 осіб, які проходили черговий переогляд).

Результати дослідження та їх обговорення

У результаті отриманих даних виявлено, що динаміка інтенсивного показника первинної інвалідності внаслідок післяопераційного гіпотиреозу за останні 4 роки є в цілому негативною, а ідіопатичного, навпаки, позитивною. Інтенсивні показники первинно визнаних інвалідами внаслідок післяопераційного гіпотиреозу зросли з 0,21 та 0,26 у 2005 та 2006 рр. відповідно до 0,33 у 2008 р. на 10 000 дорослого населення (табл. 1), і лише в 2007 р. відбулось їх зниження до 0,15.

Динаміка показника первинно визнаних інвалідами внаслідок ідіопатичного гіпотиреозу, маючи виражену негативну спрямованість за період 2005–2006 рр. (зріс удвічі — з 0,11 до 0,22), у 2007–2008 рр. значно поліпшилась (відбулося його зменшення до 0,06 в 2007 р. та до 0,04 у 2008 р.) (табл. 2).

Таблиця 1. Динаміка інтенсивного показника первинно оглянутих хворих із післяопераційним гіпотиреозом (на 10 000 дорослого населення)

Контингент	Загальна кількість		Роки											
			2005			2006			2007			2008		
	Абс.	%	Абс.	Інт. пок.	%	Абс.	Інт. пок.	%	Абс.	Інт. пок.	%	Абс.	Інт. пок.	%
Визнані	92	76,7	20	0,21	80,0	25	0,26	78,1	15	0,15	60,0	32	0,33	84,2
Не визнані	15	12,5	2	0,02	8,0	4	0,04	12,5	7	0,07	28,0	2	0,02	5,2
Встановлено	5	4,2	1	0,01	4,0	-	-	-	2	0,02	8,0	2	0,02	5,2
Продовжено листок непрацездатності	8	6,6	2	0,02	8,0	3	0,03	9,4	1	0,01	4,0	2	0,02	5,2
Усього	120	100	25	0,26	100	32	0,33	100	25	0,26	100	38	0,39	100

Таблиця 2. Динаміка інтенсивного показника первинно оглянутих хворих із ідіопатичним гіпотиреозом (на 10 000 дорослого населення)

Контингент	Загальна кількість		Роки											
			2005			2006			2007			2008		
	Абс.	%	Абс.	Інт. пок.	%	Абс.	Інт. пок.	%	Абс.	Інт. пок.	%	Абс.	Інт. пок.	%
Визнані	42	66,7	11	0,11	84,6	21	0,22	77,8	6	0,06	54,5	4	0,04	33,3
Не визнані	7	11,1	-	-	-	2	0,02	7,4	2	0,02	18,1	3	0,03	25,0
Встановлено	10	15,9	1	0,01	7,7	2	0,02	7,4	2	0,02	18,1	5	0,05	41,6
Продовжено листок непрацездатності	4	6,3	1	0,01	7,7	2	0,02	7,4	1	0,01	9,0	-	-	-
Усього	63	100	13	0,13	100	27	0,28	100	11	0,11	100	12	0,12	100

Із загальної кількості оглянутих хворих із післяопераційним гіпотиреозом у 2008 р. 84,2 % були визнані інвалідами (проти 80,0 % у 2005 р.). Серед хворих з ідіопатичним гіпотиреозом ці показники склали 33,3 % у 2008 р. проти 84,6 % у 2005 р. Звертає на себе увагу стійке збільшення частки хворих, які не були визнані інвалідами внаслідок післяопераційного гіпотиреозу — із 8,0 % у 2005 р. до 12,5 % у 2006 р. та 28,0 % у 2007 р. та внаслідок ідіопатичного гіпотиреозу — повна відсутність у 2005 р., 7,4 % у 2006 р. та 18,1 % у 2007 р. Проте якщо при післяопераційному гіпотиреозі цей показник у 2008 р. зменшився до 5,0 %, то при ідіопатичному гіпотиреозі він, навпаки, збільшився до 25,0 %, що є негативним явищем і свідчить про збільшення розходжень висновків, а відтак і про погіршення взаємодії між ЛКК та МСЕК.

Натомість із 7,7 до 41,6 % (у 2005 та 2008 рр. відповідно) зросла частка хворих з ідіопатичним гіпотиреозом, які, не будучи визнані інвалідами, отримали відсотки втрати професійної працездатності у зв'язку з професійним захворюванням. При післяопераційному гіпотиреозі цей показник склав у 2005 р. 4,0 %, а в 2008 р. — 5,2%.

Позитивним можна вважати збільшення кількості хворих з ідіопатичним гіпотиреозом, яким було продовжено лікування за листком непрацездатності, з 7,7% у 2005 р. до 9,0 % у 2007 р., оскільки в більшості випадків продовження термінів тимчасової непрацездатності у МСЕК хворим із сприятливим клінічним і трудовим прогнозом і здійснення в цей період максимально можливих лікувально-відновних заходів зумовлює відновлення працездатності. Це надалі може сприяти зниженню рівня первинної інвалідності і свідчить про те, що МСЕК займається профілактикою інвалідності.

Натомість при післяопераційному гіпотиреозі, незважаючи на те що питома вага хворих, яким було продовжено лікування за листком непрацездатності, зросла з 8,0 % у 2005 р. до 9,4 % у 2006 р., а в 2007–2008 рр. ця позитивна тенденція припинилася, і, навпаки, частка хворих, яким було продовжено лікування за листком непрацездатності, зменшилася до 4,0 та 5,2 % відповідно.

Спостерігалися деякі відмінності у збільшенні контингенту інвалідів внаслідок післяопераційного та ідіопатичного гіпотиреозу серед працездатного населення. Серед хворих із післяопераційним гіпотиреозом показник первинної інвалідності на 10 000 працездатного населення зріс з 0,02 у 2005 р. до 0,39 у 2008 р., а показник набутої інвалідності — із 1,33 до 2,14 на 10 000 працездатного населення (табл. 3).

Отже, зростання як рівня первинної інвалідності, так і рівня загального контингенту інвалідів серед працездатного населення підкреслює актуальність проблеми інвалідності внаслідок післяопераційного гіпотиреозу.

Натомість при ідіопатичному гіпотиреозі показник первинної інвалідності на 10 000 працездатного населення зменшився з 0,2 у 2005 р. до 0,12 у 2008 р., а показник набутої інвалідності — із 1,1 до 0,8 на 10 000 працездатного населення (табл. 4).

Отже, загальна динаміка як показника первинної інвалідності серед працездатного населення, так і рівня загального контингенту інвалідів внаслідок ідіопатичного гіпотиреозу в цілому мала позитивну тенденцію.

Позитивним моментом є зменшення питомої ваги інвалідів I та II груп: у структурі загального контингенту інвалідів вона зменшилася при післяопераційному гіпотиреозі з 9,4 % у 2005 р. до 6,6 % у 2008 р. (табл. 5), при ідіопатичному гіпотиреозі з 15,29 % у 2005 р. до 10,1 % у 2008 р. (табл. 6).

Це свідчить про підвищення рівня реабілітаційних заходів саме серед контингенту тяжких інвалідів.

При аналізі показників динаміки набутої інвалідності можна відзначити той факт, що при ідіопатичному гіпотиреозі значно зросла в 2008 р. порівняно з 2005 р. частка осіб, у яких відбулося збільшення тяжкості інвалідності (із 0,8 % у 2005 р. до 3,5 % у 2008 р.) (табл. 7). Інтенсивний показник склав при цьому відповідно 0,01 та 0,02.

Таблиця 3. Загальний рівень інвалідності внаслідок післяопераційного гіпотиреозу (на 10 000 працездатного населення)

Контингент	Загальна кількість		Роки											
			2005			2006			2007			2008		
	Абс.	%	Абс.	Інт. пок.	%	Абс.	Інт. пок.	%	Абс.	Інт. пок.	%	Абс.	Інт. пок.	%
Первинна інвалідність	108	14,5	20	0,02	13,5	25	0,26	16,6	25	0,26	12,1	38	0,39	15,6
Набута інвалідність	638	85,5	128	1,33	86,5	125	1,28	83,4	180	1,88	87,8	205	2,14	84,3
Усього	746	100	148	1,35	100	150	1,54	100	205	2,14	100	243	2,53	100

Таблиця 4. Загальний рівень інвалідності внаслідок ідіопатичного гіпотиреозу (на 10 000 працездатного населення)

Контингент	Загальна кількість		Роки											
			2005			2006			2007			2008		
	Абс.	%	Абс.	Інт. пок.	%	Абс.	Інт. пок.	%	Абс.	Інт. пок.	%	Абс.	Інт. пок.	%
Первинна інвалідність	55	13,3	21	0,2	16,9	11	0,1	8,7	11	0,11	14,8	12	0,12	13,3
Набута інвалідність	359	86,7	103	1,1	83,1	115	1,2	91,3	63	0,65	85,1	78	0,8	86,6
Усього	414	100	124	1,3	100	126	1,3	100	74	0,77	100	90	0,94	100

Таблиця 5. Рівень набутої інвалідності при післяопераційному гіпотиреозі залежно від групи інвалідності (загальний)

Група	Кількість	2005		2006		2007		2008	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I	-	-	-	-	-	-	-	-	-
II	53	12	9,4	10	8,3	17	8,4	14	6,6
III	612	116	90,6	115	91,3	185	91,5	196	89,8
Усього	665	128	100	125	100	202	100	210	100

Таблиця 6. Рівень набутої інвалідності внаслідок ідіопатичного гіпотиреозу залежно від групи інвалідності (загальний)

Група	Кількість	2005		2006		2007		2008	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I	1	1	1,09	-	-	-	-	-	-
II	43	13	14,2	12	10,4	11	15,7	7	10,1
III	302	78	84,8	103	89,6	59	84,2	62	89,8
Усього	346	92	100	115	100	70	100	69	100

Проте при післяопераційному гіпотиреозі цей показник залишився незмінним і склав 0,02 (питома вага таких осіб склала 1,6 % у структурі динаміки набутої інвалідності) (табл. 8). Практично не змінився при даній нозології й інтенсивний показник часткової реабілітації, коливаючись у межах від 0,02 до 0,04, проте він був дещо вищим, ніж при ідіопатичному гіпотиреозі (0,01).

Така ситуація підтверджується і негативною динамікою показників реабілітації при післяопераційному гіпотиреозі: у 94,7 % випадків у 2008 р. проти 92,2 % випадків у 2005 р. група інвалідності не змінилася, натомість відсоток інвалідів, яким проведена повна реабілітація, зменшився з 3,9 % до 2,1 %. Це свідчить про малоефективне відновне лікування, недостатнє використання всіх методів профілактики ускладнень та прогресування патології.

Таблиця 7. Динаміка набутої інвалідності внаслідок ідіопатичного гіпотиреозу

Група	Кількість	Роки											
		2005			2006			2007			2008		
		Абс.	Інт. пок.	%	Абс.	Інт. пок.	%	Абс.	Інт. пок.	%	Абс.	Інт. пок.	%
Без змін	350	121	1,26	96,0	102	1,06	90,3	76	0,79	93,8	51	0,53	89,4
Збільшення тяжкості	11	1	0,01	0,8	6	0,06	5,3	2	0,02	2,4	2	0,02	3,5
Часткова реабілітація	4	1	0,01	0,8	1	0,01	0,9	1	0,01	1,2	1	0,01	1,7
Реабілітація	12	3	0,03	2,4	4	0,04	3,5	2	0,02	2,4	3	0,03	5,2
Усього	377	126	1,33	100,0	113	1,17	100,0	81	0,84	100	57	0,59	100

Таблиця 8. Динаміка набутої інвалідності внаслідок післяопераційного гіпотиреозу

Група	Кількість	Роки											
		2005			2006			2007			2008		
		Абс.	Інт. пок.	%	Абс.	Інт. пок.	%	Абс.	Інт. пок.	%	Абс.	Інт. пок.	%
Без змін	597	118	1,23	92,2	119	1,24	95,2	180	1,88	96,2	180	1,88	94,7
Збільшення тяжкості	8	2	0,02	1,6	2	0,02	1,6	2	0,02	1,06	2	0,02	1,05
Часткова реабілітація	12	3	0,03	2,3	3	0,03	2,4	2	0,02	1,06	4	0,04	2,10
Реабілітація	13	5	0,05	3,9	1	0,01	0,8	3	0,03	1,6	4	0,04	2,10
Усього	630	128	1,33	100,0	125	1,28	100,0	187	1,9	100	190	1,9	100

Натомість при ідіопатичному гіпотиреозі зменшилася кількість осіб, у яких залишилася незмінною група інвалідності (із 96,0 % у 2005 р. до 89,4 % у 2008 р.), при цьому кількість інвалідів, яким проведена повна реабілітація, збільшилася з 2,4 % до 5,2 % відповідно (табл. 7).

Отже, зростання показників первинної та набутої інвалідності внаслідок післяопераційного гіпотиреозу за період 2005-2008 р. є негативною тенденцією і свідчить про низький рівень реабілітаційних заходів у хворих та інвалідів даного контингенту. Це підкреслює актуальність проблеми інвалідності внаслідок післяопераційного гіпотиреозу. Зменшення як рівня первинної інвалідності, так і рівня загального контингенту інвалідів внаслідок ідіопатичного гіпотиреозу серед працездатного населення є позитивною тенденцією і свідчить про достатньо високий рівень реабілітаційних заходів у хворих та інвалідів даного контингенту.

Враховуючи той факт, що з кожним роком контингент інвалідів внаслідок післяопераційного гіпотиреозу зростає, а показники повної та часткової реабілітації залишаються низькими, основними принципами дій щодо інвалідів стає їхня реабілітація, яка дозволить інвалідам досягнути та підтримати оптимальний рівень їх самостійності та життєдіяльності, що можливо при створенні системи медико-соціальної реабілітації інвалідів. Ця система має на меті забезпечення умов для проведення комплексних заходів щодо реалізації індивідуальних програм реабілітації інвалідів, скерованих на відновлення їх особистого та соціального статусу та інтеграцію в життя суспільства. Створення системи медико-соціальної реабілітації інвалідів внаслідок гіпотиреозу має базуватися на даних не тільки про характеристику контингенту інвалідів, але й про потребу інвалідів у різних видах реабілітації.

Необхідно з метою попередження прогресування тяжкості післяопераційного гіпотиреозу та настання внаслідок цього інвалідності впровадити в роботу лікувально-профілактичних закладів комплекс реабілітаційних заходів – лікарський огляд, періодичне стаціонарне лікування з профілактичною метою, відновне лікування у відділенні реабілітації, реабілітаційних центрах та в санаторно-курортних умовах.

Список літератури

1. Митник З.М., Жданова М.Г., Крушинська З.Г. та ін. Стан ендокринологічної служби України в 2007 р. та перспективи розвитку медичної допомоги хворим з ендокринною патологією // Міжнародний ендокрин. журнал. — 2008. — № 3(15). — С. 8-15.
2. Паньків В.І. Поширеність патології щитоподібної залози в йододефіцитних районах Західної України // Ендокринологія. — 2006. — Т. 11, № 11. — С. 134-137.
3. Фадеев В.В. Заболевания щитовидной железы в регионе легкого йодного дефицита: эпидемиология, диагностика, лечение. — М.: Видар-М, 2005. — 204 с.
4. Олійник В.А. Патологія щитовидної залози в Україні (епідеміологія та регіональні особливості) // Журнал практичного лікаря. — 2001. — № 2. — С. 5-7.
5. Зелинский Б.А., Зелинская Н.Б. Гипотиреоз (Руководство для врачей). — Винница: Континент-ПРИМ, 1998. — 116 с.

Вернигородский В.С.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Яворовенко О.Б.

НИИ реабилитации инвалидов ВНМУ им. Н.И. Пирогова

Фетисова Н.М.

НИИ реабилитации инвалидов ВНМУ им. Н.И. Пирогова

Вернигородская М.В.

НИИ реабилитации инвалидов ВНМУ им. Н.И. Пирогова

ПРОБЛЕМЫ ИНВАЛИДНОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ (ЧАСТЬ I)

Резюме. В работе проведен анализ медико-экспертной документации 746 больных и инвалидов вследствие послеоперационного гипотиреоза и 414 больных вследствие идиопатического гипотиреоза за 2005-2008 годы по Винницкой области. Установлено повышение показателей первичной и приобретенной инвалидности вследствие послеоперационного гипотиреоза и уменьшение первичной инвалидности вследствие идиопатического гипотиреоза.

Ключевые слова: гипотиреоз, инвалидность, реабилитация.

Vernigorodsky V.S.

Vinnitsa National Medical University named after M.I. Pirogov, Ukraine

Yavorovenko O.B.

Institute of Invalids` Rehabilitation of VNMU named after M.I. Pirogov, Ukraine

Fetisova N.M.

Institute of Invalids` Rehabilitation of VNMU named after M.I. Pirogov, Ukraine

Vernigorodska M.V.

Institute of Invalids` Rehabilitation of VNMU named after M.I. Pirogov, Ukraine

PROBLEMS OF DISABILITY AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH HYPOTHYROIDISM (PART I)

Summary. In work the analysis of medical-expert documentation 746 patients and invalids because of postoperation hypothyroidism and 414 patients because of idiopathic hypothyroidism for 2005-2008 on the Winnitca region is conducted. The increase of indexes of primary and acquired disability because of postoperation hypothyroidism and reduction of primary disability because of idiopathic hypothyroidism is set.

Keywords: hypothyroidism, disability, rehabilitation.